

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η..... γονέας/κηδεμόνας του/της, μαθητή/τριας της.....τάξης του.....Σχολείου....., δηλώνω υπεύθυνα ότι δίνω την έγκριση μου να εξεταστεί δωρεάν ο γιος μου/η κόρη μου από Ιατρούς/Οδοντίατρους που συμμετέχουν εθελοντικά στο πρόγραμμα Προληπτικής Ιατρικής/Οδοντιατρικής «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

Το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με την Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του Στόχου «Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία» - ΕΥΔ ΕΕΣ Κοινή Γραμματεία του Προγράμματος Συνεργασίας INTERREG V-A "Greece-Bulgaria 2014-2020", τη Χ.Α.Ν.Θ., την 4^η Υ.ΠΕ, τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης.

Συμμετέχουν εθελοντικά παιδιάτροι, οδοντίατροι και ωτορινολαρυγγολόγοι.

Οι προληπτικές ιατρικές/ οδοντιατρικές εξετάσεις θα πραγματοποιηθούν στις Κινητές Ιατρικές Μονάδες του Συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού».

Είναι σημαντικό ο μαθητής/τρια να έχει μαζί του/της το Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας, εφόσον υπάρχει.

Για οτιδήποτε παρατηρηθεί από τους γιατρούς επιθυμώ να ενημερωθώ γραπτώς.

.....,/...../.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ / ΟΥΣΑ

(Ολογράφως και υπογραφή)

Σημειώστε, προαιρετικά, την Ασφάλεια του παιδιού:

- ΕΟΠΥΥ
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ
- ΆΛΛΟ (παρακαλώ σημειώστε).....
- Καμία



ΦΡΟΝΤΙΔΑ,
ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ,
ΙΣΟΤΗΤΑ.



ΤΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Ζήνωνος Ελεάτου 10
151 23 Μαρούσι Αττικής

☎ 11040 (αστική χρέωση)
☎ 210 38 43 038

✉ info@hamogelo.gr
🌐 www.hamogelo.gr